

**Family Planning Program: Initial History and Examination – Male**

<b>Nombre:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>Fecha de la cita:</b>
----------------	-----------------------------	--------------------------

La información que nos proporcione se mantendrá **confidencial** y sólo se dará a conocer con su autorización por escrito o cuando la ley lo requiera.

<p><b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b></p> <p><input type="checkbox"/> Soy adoptado. (Por favor, anote cualquier información que tenga sobre su familia biológica; en caso contrario, pase a las secciones ESTILO DE VIDA e HISTORIA MÉDICA)</p> <p>Información acerca de sus parientes consanguíneos solamente (madre, padre, hermanos, abuelos) Indique si un familiar ha tenido lo siguiente, (parentesco y edad en que se le presentó):</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón/Apoplegía</p> <p><input type="checkbox"/> Hipertensión arterial</p> <p><input type="checkbox"/> Cáncer (del seno, ovarios, colon, próstata, otro)</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas de la glándula tiroides</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Otros padecimientos crónicos</p> <p>Si nació entre 1940 y 1970, ¿tomó su madre medicina (DES) para evitar que se perdiera el embarazo? <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé</p> <p><b>ESTILO DE VIDA</b></p> <p>¿Le preocupa su peso? <input type="checkbox"/> Ninguna preocupación <input type="checkbox"/> Exceso de peso <input type="checkbox"/> Bajo de peso <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>¿Qué tipo de tabaco usa? <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Sin humo: Diario _____ Cada semana _____ <input type="checkbox"/> Cigarrillos: #/día _____ # años _____</p> <p>¿Lo vacunaron, especialmente contra la rubéola? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé contra la hepatitis? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé</p> <p><b>ANTECEDENTES ANTICONCEPTIVOS</b></p> <p>¿Qué método de control natal está usando? <input type="checkbox"/> Condomes <input type="checkbox"/> Vasectomía <input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p>¿Ha tenido problema(s) con algún método de control natal? (explique)</p> <p>¿Alguna vez ha embarazado a alguien? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nunca he tratado <input type="checkbox"/> No estoy seguro <input type="checkbox"/> Sí Si sí: Número de veces: _____</p> <p>¿Qué método(s) de control natal usa ahora? <input type="checkbox"/> Condomes <input type="checkbox"/> Vasectomía <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> El de mi pareja</p> <p>¿Cuándo usó este método por última vez? _____ En el último mes, ¿ha tenido relaciones sexuales sin control natal o condones? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (fechas) _____</p> <p>¿Qué método de control natal usa su pareja? (marque todos los que correspondan) <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> No estoy seguro <input type="checkbox"/> Pastillas <input type="checkbox"/> Inyecciones (Depo) <input type="checkbox"/> Parche <input type="checkbox"/> Arillo vaginal <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Implante <input type="checkbox"/> Espermaticida vaginal <input type="checkbox"/> Condón femenino</p>	<p><b>HISTORIA MÉDICA (De usted mismo)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Alergias a medicamentos o drogas (especifique)</p> <p><input type="checkbox"/> Otras alergias (especifique)</p> <p>Normalmente, ¿qué toma de lo siguiente: (por favor haga una lista) <input type="checkbox"/> Medicina con receta <input type="checkbox"/> Medicinas sin receta <input type="checkbox"/> Drogas que compra en la calle</p> <p>¿Ha tenido alguna cirugía o ha estado hospitalizado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Por favor, liste las razones)</p> <p><input type="checkbox"/> Dolores de cabeza tipo migraña</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides</p> <p><input type="checkbox"/> Hipertensión arterial (Si contesta sí, liste las medicinas)</p> <p><input type="checkbox"/> Colesterol elevado o triglicéridos (Haga un círculo)</p> <p><input type="checkbox"/> Asma</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis</p> <p><input type="checkbox"/> Otra enfermedad del hígado</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Alguna otra enfermedad o padecimiento crónico?</p> <p><b>ANTECEDENTES UROLÓGICOS ¿Alguna vez ha tenido lo siguiente? (Por favor indique con una √ lo que corresponda)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Anormalidad del pene (describa)</p> <p><input type="checkbox"/> Llagas o ulceraciones en el pene (describa)</p> <p>¿Tiene actualmente problemas con esto? <input type="checkbox"/> Flujo o secreción del pene (describa) ¿Tiene ahora problemas con esto? <input type="checkbox"/> Llagas o ulceraciones en el escroto (describa)</p> <p>¿Tiene ahora problemas con esto? <input type="checkbox"/> Bultos dentro del escroto</p> <p>¿Actualmente tiene problemas con esto? Tamaño: Fecha en que los notó por primera vez:</p> <p>¿Qué enfermedades de transmisión sexual ha tenido? (Por favor indique con una √ todas las que haya tenido indicando la fecha del tratamiento)</p> <p><input type="checkbox"/> Clamidia _____ <input type="checkbox"/> Gonorrea _____ <input type="checkbox"/> Herpes _____ <input type="checkbox"/> Sífilis _____ <input type="checkbox"/> Tricomonas _____ <input type="checkbox"/> Verruga genital _____ <input type="checkbox"/> Hepatitis (tipo ____ ) (tratamiento: _____) <input type="checkbox"/> VIH _____ <input type="checkbox"/> Otro (Por favor explique): _____</p>
---	--

**Family Planning Program: Initial History and Examination – Male**

<b>Name</b>			<b>Date</b>
<b>Height</b>	<b>Weight</b>	<b>BMI</b>	<b>B/P</b>
<b>Reason for Visit:</b>			
<b>EXAM</b>	WNL	Abnormal	NE
Skin			
Thyroid			
Cardiovascular			
Lungs			
Breasts			
Abdomen			
Extremities			
Penis			
Scrotum			
Anus			
Prostate			
Rectum			
Other			



Dorsal    Ventral    Anus    Anterior    Posterior

<b>Additional comments</b>				
<input type="checkbox"/> Chlamydia	<input type="checkbox"/> Gonorrhea	<input type="checkbox"/> Syphilis	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Other

**Assessment**

**Plan**

Contraceptive Method:

No Method (Indicate reason):

Medication:

TSE Education

**Referral:**  Lab Tests

**RTC:**  Annual Exam: Mo. \_\_\_\_\_ Yr. \_\_\_\_\_  Supplies/PRN Prob.

**Clinician's Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_